

枚方市福祉事務所

(生活福祉担当 医療担当あて)

転院事由発生連絡票

次の者については、これまで入院治療を行ってきましたが、下記のとおり
転院の必要性が生じたため、連絡いたします。

転院事由発生日	年 月 日
か	
氏名	
生年月日	年 月 日
現在入院中の医療機関名	
傷病名又は部位	(1)
	(2)
	(3)
傷病の程度	
転院が必要と認めた理由	
転院先予定医療機関 (ある場合)	
その他連絡事項	

連絡票記載者： _____